zur Rose

Signalement d'effets indésirables médicamenteux (EIM)

Si vous subissez, pendant la prise de votre médicament, des effets indésirables directement liés au médicament ou si vous constatez des défauts de qualité de celui-ci, veuillez nous retourner le questionnaire suivant et, si possible, le médicament en question ou nous contacter directement.

Informations relatives au patient

Nom, prénom : _____

N° de client (si disponible) : _____

Rue, numéro : _____

NPA, localité : _____

Tél : _____

E-mail : _____

Sexe : ○ m ○ w Date de naissance : _____

Désignation du médicament

Forme posologique (gélules, cachets, etc.) : _____

Taille du paquet : _____

Fabricant : _____ Désignation du lot : _____

Date d'achat : _____ Utilisable jusqu'à : _____

Réclamation concernant le médicament (déclaration, emballage, décomposition, décoloration, turbidité, etc.)

Quels défauts de qualité avez-vous constatés ? _____

_____

Où avez-vous stocké le médicament ? _____

A quoi attribuez-vous les défauts ? _____

_____

Veuillez nous retourner le médicament dans son emballage d'origine !

Réclamation pour cause d'effets indésirables médicamenteux :

Quels effets indésirables avez-vous subis ? _____

_____

A quel dosage avez-vous pris/utilisé le médicament ? _____

_____

Depuis quand prenez-vous/utilisez-vous ce médicament ? _____

Prenez-vous/avez-vous pris d'autres médicaments en même temps ? Si oui, lesquels ? _____

_____

Continuez-vous à prendre le médicament malgré les effets secondaires ? _____

Date _____ **Signature** _____

Zur Rose Suisse AG | Walzmühlestrasse 60 | Postfach | 8500 Frauenfeld
T 0800 711 333 | team@zurrose.ch | zurrose.ch